

→ VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ :

UN OUTIL POUR ÉLABORER DES INTERVENTIONS
EN SANTÉ PUBLIQUE TENANT COMPTE DE L'ÉQUITÉ



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES

Also available in English under the title:
Toward Health Equity: A Tool for Developing Equity-Sensitive Public Health Interventions

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : 12/01/2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

PDF Cat. : HP35-64/2-2015F-PDF ISBN : 978-0-660-03705-9
Pub. : 150139

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
SURVOL DE L'OUTIL.....	5
PRINCIPALES DÉFINITIONS	6
Équité en santé	6
En amont, intermédiaire, en aval	6
DIAGRAMME (ABRÉGÉ).....	7
PRINCIPAUX ÉLÉMENTS.....	8
 ÉTAPE 1 : OBJECTIFS EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ	8
 ÉTAPE 2 : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX	9
 ÉTAPE 3 : FACTEURS MÉDIATEURS	9
 ÉTAPE 4 : STRATÉGIES DE MOBILISATION	9
 ÉTAPE 5 : CIBLAGE DE L'ÉQUITÉ	9
Facteurs modérateurs	11
CONCLUSION.....	11
ANNEXE – Critères de sélection pour les études d'interventions qui favorisent l'équité en santé	12
Critères de sélection pour les études d'interventions qui favorisent l'équité en santé (exemple de poids santé).....	13
RÉFÉRENCES	17



REMERCIEMENTS

L'Initiative canadienne des pratiques exemplaires aimerait souligner la contribution d'un certain nombre de personnes sans qui les présents documents d'orientation n'auraient pu être créés.

Jim Frankish, PhD, professeur, École de santé de la population et de santé publique et directeur du Centre de recherche en promotion de la santé, Université de la Colombie-Britannique, a dirigé l'équipe de recherche du projet. M. Frankish et ses associées de recherche, Brenda Kwan et Diane Gray, ont apporté une analyse et une vision d'une grande profondeur, et nous leur en sommes très reconnaissants.

Les réviseurs externes ont fait preuve de générosité dans leur travail minutieux qui a eu un impact positif sur le travail. Nous exprimons toute notre gratitude aux personnes suivantes :

- Erica Di Ruggiero, PhD, directrice associée, Institut pour la santé des populations et la santé publique, Instituts de recherche en santé du Canada
- Lynn Langille, coordonnatrice des disparités en santé, ministère de la Santé et Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Sume Ndumbe-Eyoh, spécialiste de l'application des connaissances, Centre national de collaboration sur les déterminants de la santé
- Vivian Welch, PhD, directrice adjointe, Centre de santé internationale, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa
- Jennifer Yessis, PhD, chercheuse scientifique, Centre Propel pour la santé des populations

Le projet a grandement bénéficié des connaissances et des points de vue de nos collègues de l'Agence de la santé publique du Canada. Remerciements spéciaux aux personnes suivantes :

- Connie Berry, analyste principale des politiques, Division des déterminants sociaux de la santé
- Marie DesMeules, directrice, Division des déterminants sociaux de la santé
- Mana Herel, gestionnaire, équipe d'intégration de l'équité en santé, Division des déterminants sociaux de la santé
- Albert Kwan, analyste principal des politiques, Division des déterminants sociaux de la santé
- Kerry Robinson, PhD, directeur par intérim, Division des interventions et des pratiques exemplaires
- Erik Windfeld, analyste des politiques, Division de l'intégration scientifique

Nous aimerions savoir ce que vous pensez de cet outil. Écrivez-nous à l'adresse <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/contact-us/>

Nina Jetha, gestionnaire
Initiative canadienne des pratiques exemplaires

Andrea Simpson, analyste
Division de la capacité en santé publique
et de la gestion du savoir
Région de l'Atlantique

**Direction générale de la promotion de la santé
et de la prévention des maladies chroniques**
Agence de la santé publique du Canada

INTRODUCTION

Le Portail canadien des pratiques exemplaires (le « Portail »), de l'Agence de la santé publique du Canada, contient une base de données consultable des interventions, programmes et initiatives en santé de la population qui ont été sélectionnés par des experts parce qu'ils ont fait la preuve de leur efficacité et de leur potentiel à être adaptés ou copiés par d'autres. En 2015, le Portail a élargi son contenu pour inclure les *pratiques prometteuses*. De plus, des critères de sélection ont été élaborés pour déterminer les interventions qui améliorent l'*équité en santé* en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Les critères sont fondés sur un examen de 27 sources de la littérature sur les déterminants sociaux de la santé, les approches d'intervention, des milieux physiques et alimentaires sains et l'équité en santé.

Le présent document constitue un outil pratique pour soutenir l'élaboration d'interventions en santé publique qui tiennent compte de l'équité. Il résume ces éléments de preuve dans un format visuel, s'adressant aux professionnels de la santé publique qui assument des rôles dans les domaines de la recherche en matière de programmes, de politiques et d'interventions. Les utilisateurs du Portail peuvent consulter l'outil pour mieux comprendre les critères de sélection utilisés pour évaluer les interventions qui sont mentionnées sur le Portail comme tenant compte de l'équité. Voir l'annexe A pour obtenir une description détaillée de chaque critère.

SURVOL DE L'OUTIL

L'outil s'appuie sur les données actuelles dérivées de la recherche et de la pratique au sujet des interventions visant à traiter des conditions sociales, environnementales et matérielles qui contribuent aux différences en matière de santé. Il utilise le poids santé comme un exemple de cas, mais ses principaux éléments peuvent s'appliquer à une variété de thèmes liés à la santé de la population. L'outil est destiné à être utilisé lorsque l'évaluation initiale des données probantes disponibles montre l'existence d'inégalités en santé (p. ex. des différences systématiques touchant les risques, les facteurs de protection ou les taux de maladie ou de lésions dans la population). Des lignes directrices viennent soutenir ce type d'évaluation, comme PROGRESS-Plus.¹

L'outil vise à intégrer l'équité en santé dans la pratique de la santé publique grâce à cinq étapes concrètes à considérer lors de l'élaboration d'une intervention. Il peut servir à éclairer la conception d'une nouvelle intervention ou à adapter un produit existant. En suivant les étapes, l'utilisateur est amené à réfléchir sur les aspects pertinents de l'équité et sur ce qu'on pourrait faire pour y répondre. Chaque élément est expliqué dans le texte qui l'accompagne.

Cet outil n'aborde pas le rôle de milieux particuliers (études, maison, travail) ou les facteurs uniques à ceux-ci qui peuvent influencer sur l'efficacité des interventions.

¹ PROGRESS-Plus est l'acronyme d'un cadre endossé par le Campbell and Cochrane Equity Methods Group pour résoudre la difficulté de définir et d'évaluer les facteurs qui contribuent aux inégalités en santé. Vous trouverez une description plus détaillée au site web: <http://www.nccmt.ca/fr/ressources/interrogez-le-registre/223>.

PRINCIPALES DÉFINITIONS

La définition suivante est fondée sur le travail considérable accompli par Whitehead (1991, 1992, 2007), Braveman et Gruskin (2003), et Solar et Irwin (2010) :

Équité en santé

L'équité en santé désigne l'absence de différences évitables ou modifiables en santé entre des populations ou des groupes définis socialement, économiquement ou géographiquement. Ces différences mesurables en santé découlent de niveaux sous-jacents d'avantages ou de désavantages sociaux, montrent une tendance constante à l'échelle de la population et sont considérées comme injustes.

En amont, intermédiaire, en aval

En santé publique, l'analogie de la « rivière » est souvent utilisée pour évoquer la continuité des facteurs influant sur la santé qu'une intervention vise à modifier. Les définitions de ces termes varient d'une source à l'autre. Les définitions de travail ci-dessous sont adaptées du cadre conceptuel pour une action sur les déterminants sociaux de la santé, publié en 2010, par l'Organisation mondiale de la Santé et intitulé *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*.

Les interventions en amont portent généralement sur la modification des contextes socioéconomiques qui sont associés à différents niveaux d'avantage et de désavantage. Les interventions en amont agissent sur les structures et les normes sociales, économiques, juridiques et politiques pour améliorer l'accès aux possibilités pour tous. Par exemple, l'octroi de crédits d'impôt aux personnes à faible revenu peut protéger la sécurité alimentaire des ménages et contribuer à l'équité en santé.

Les interventions intermédiaires portent généralement sur la création de contextes physiques, sociaux et alimentaires favorables, de telle sorte qu'il devienne facile pour les populations favorisées et défavorisées d'adopter des comportements sains. Les interventions intermédiaires agissent sur les milieux dans lesquels les gens vivent, travaillent, apprennent et jouent, et fonctionnent habituellement au niveau de collectivités ou de contextes particuliers. Par exemple, les incitatifs municipaux visant à améliorer les terrains de jeux et parcs communautaires peuvent inciter les résidents à faible revenu à adopter des activités ludiques et des moyens de transport actifs, contribuant ainsi à l'équité en santé.

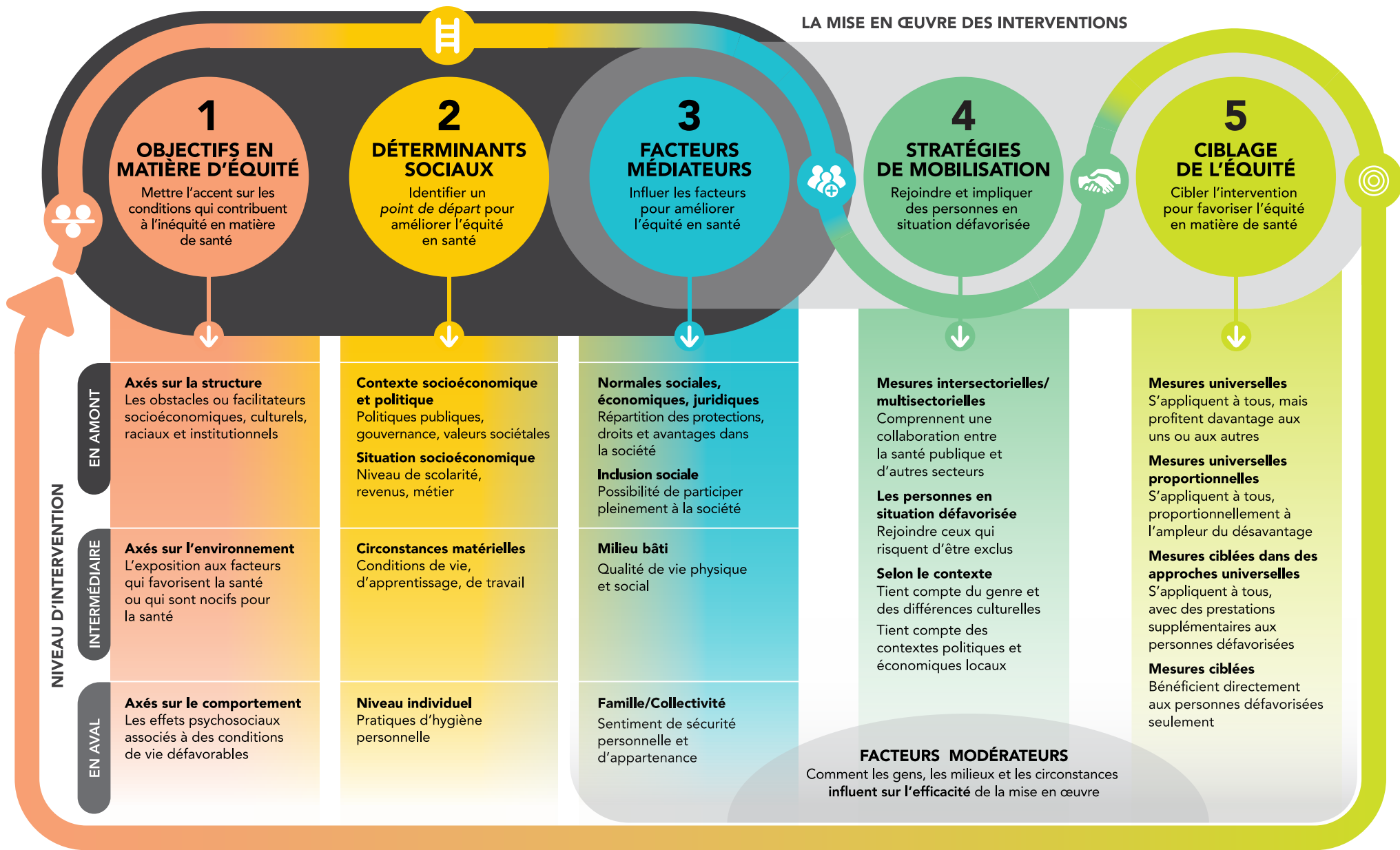
Les interventions en aval se concentrent généralement sur les changements de comportements individuels, l'acquisition de compétences ou la fourniture de services pour éviter de nouveaux préjudices. Les interventions en aval peuvent tenir compte de l'équité si la vulnérabilité aux conditions désavantageuses est réduite. Par exemple, le fait de rendre un programme d'éducation parentale accessible et acceptable par diverses populations contribue à l'équité en santé.

Peu importe où se situe une intervention dans le continuum, il est possible d'avoir un impact positif sur l'équité en santé.

DIAGRAMME (ABRÉGÉ)

LA CONCEPTION DES INTERVENTIONS

LA MISE EN ŒUVRE DES INTERVENTIONS



PRINCIPAUX ÉLÉMENTS

Les interventions varient selon la façon dont elles essaient de résoudre les causes sociales et systémiques sous-jacentes de la mauvaise santé : en amont (axées sur la structure), intermédiaires (axées sur l'environnement), ou en aval (axées sur le comportement). Trois éléments du diagramme (les objectifs d'équité, les déterminants sociaux et les facteurs médiateurs) ont été mis en correspondance sur le continuum; ils **doivent être lus à la verticale et à l'horizontale**.



ÉTAPE 1 : OBJECTIFS EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ

Globalement, il existe quatre approches pour faire progresser l'équité en santé.

- 1. Approches axées sur la structure : réduire les obstacles socio-économiques, culturels, raciaux et institutionnels qui limitent l'accès aux ressources et aux possibilités favorables à la santé.** Cette approche porte généralement sur la transformation des structures sociales qui produisent systématiquement des résultats négatifs sur la santé. Par exemple, faire en sorte que les avantages fiscaux s'adressent aux parents à faible revenu ayant de jeunes enfants, ce qui serait une stratégie pour améliorer la sécurité alimentaire des ménages défavorisés sur le plan économique (politique budgétaire). Autre exemple : fournir des incitations financières ou axées sur les marchés afin de stimuler la construction ou la rénovation des logements locatifs (politique sociale).
- 2. Approches axées sur l'environnement : Augmenter de façon proportionnelle l'exposition aux facteurs qui favorisent la santé et réduire l'exposition disproportionnée à des facteurs nocifs pour la santé.** De tels résultats peuvent être obtenus par l'adoption de politiques, de plans ou de règlements. La réduction de la pollution dans les quartiers à faible revenu (milieu bâti) serait un exemple de réduction de l'exposition. L'amélioration de l'accès aux fruits et aux légumes frais dans les quartiers mal desservis (magasins, espaces publics et de loisirs) serait une façon de stimuler la promotion de la santé.
- 3. Approches axées sur le comportement : Minimiser les effets psychosociaux néfastes de vivre dans des conditions désavantageuses.** Cette approche consiste à renforcer la résilience individuelle et communautaire en développant des compétences, des connaissances et une confiance sexospécifiques et culturellement appropriées et (facteurs de protection) pour amener un changement de comportement. À titre d'exemple, citons un système de soutien par les pairs à l'intention d'enfants pris en charge (niveau individuel ou familial) tenant compte de la culture.
- 4. Approches fondées sur les services de santé : Soulager le fardeau supplémentaire que représente une maladie lié au fait d'être défavorisé.** Dans le cadre de cette approche, la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services de santé et de santé publique sont augmentées pour diverses communautés, et elles sont adaptées pour mieux répondre aux besoins de diverses populations affichant une prévalence plus élevée des maladies chroniques telles que le diabète (soins de santé). Cette approche ne figure pas dans le diagramme.



ÉTAPE 2 : LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les points de départ des déterminants sociaux pointent vers les secteurs à cibler éventuellement. Ils sont en amont (contexte socioéconomique et politique, situation socioéconomique), au niveau intermédiaire (milieux physiques, sociaux) et en aval (capacité individuelle). Le ou les points de départ de l'intervention choisie devraient créer un lien vers les objectifs d'équité cernés.



ÉTAPE 3 : FACTEURS MÉDIATEURS

Les facteurs médiateurs sont des facteurs intermédiaires permettant aux interventions d'influer sur les résultats en raison de leur interaction avec les déterminants sociaux de la santé. *C'est la seule colonne du diagramme qui varie en fonction du thème associé à la santé de la population, car elle concerne spécifiquement le poids santé. Cette version examine l'inclusion sociale et le milieu bâti en tant que médiateurs de la situation socioéconomique et des circonstances matérielles, comme il est indiqué dans la documentation.*

L'encadré ci-dessous montre qu'en agissant sur les facteurs médiateurs, il est possible d'influer sur les conditions favorables ou défavorables à la santé.

FACTEURS MÉDIATEURS	CONDITIONS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES À LA SANTÉ
Normes sociales, économiques ou juridiques	Répartition des protections, droits et avantages dans la société
Inclusion sociale	Possibilité de participer pleinement à la société
Milieu bâti	Qualité de vie
Famille et collectivité	Sentiment de sécurité personnelle et d'appartenance

ÉTAPE 4 : STRATÉGIES DE MOBILISATION



Les stratégies de mobilisation sont des façons délibérées de faire participer ceux qui ont un intérêt direct dans la planification, la conception, la mise en œuvre ou les résultats de l'intervention. Le diagramme illustre les mécanismes d'intervention en amont, intermédiaires et en aval, en soulignant l'importance de faire participer l'ensemble des ministères, des ordres de gouvernement et des secteurs pour faire progresser l'équité en santé. Cette logique englobe aussi la valorisation des connaissances et de l'expérience de personnes qui vivent dans des conditions désavantageuses. Elle comprend des stratégies qui tiennent compte du contexte relativement aux dispositions qui concernent le sexe, la culture et la gouvernance locale.

ÉTAPE 5 : CIBLAGE DE L'ÉQUITÉ



Le ciblage de l'équité est l'élément de conception de l'intervention qui touche la distribution des avantages à travers le gradient social, à savoir un continuum allant des mesures universelles à celles qui sont ciblées. Cet élément s'applique à la *portée* (avoir l'incidence des options de conception en matière d'équité lors de la mise au point des interventions) et à l'*impact* (anticiper et évaluer la répartition des résultats entre les groupes de population à la suite des interventions).

Mesures universelles

À une extrémité du continuum, les mesures universelles s'appliquent à tous, indépendamment de la situation socioéconomique. Les mesures universelles offrent la possibilité de toucher tout le gradient social et, dans l'idéal et selon le type d'intervention, de profiter à ceux qui sont les plus désavantagés. Par exemple, l'utilisation des taxes à la consommation (p. ex. sur les produits du tabac) pour amener un changement de comportement peut avoir un effet globalement positif sur la santé de la population. En revanche, il est impossible d'affirmer qu'une intervention universelle aura une incidence sur toutes les populations. Dans certains cas, elles peuvent avoir pour effet d'augmenter inopinément les inégalités en santé si elles n'arrivent pas à toucher les groupes de population les plus défavorisés (comme les fumeurs de longue date, les personnes ayant une maladie mentale, les Autochtones).²

Inversement, les mesures universelles qui visent un changement structurel sont plus susceptibles d'avoir un effet de nivellement sur la santé, car elles réduisent directement l'exposition aux facteurs nocifs pour la santé. Par exemple, la fluoruration de l'eau municipale est une approche qui a fait ses preuves pour améliorer la santé buccodentaire, indépendamment des revenus de chacun, et elle profite à des populations moins aisées en offrant un avantage (l'eau du robinet fluorée) universellement accessible indépendamment de la capacité à payer.³

Solutions proportionnées ou ciblées dans une approche universelle

Au milieu du continuum, les approches universelles et ciblées se combinent. Dans certains cas, avec ces approches mixtes, des interventions universelles peuvent être plus efficaces si elles sont élaborées en tenant compte des populations favorisées et défavorisées. Les approches mixtes visent à répartir les avantages sur tout le gradient social par rapport aux besoins. Un exemple d'une approche mixte consiste à accorder des subventions de garde d'enfants en fonction de l'évaluation des ressources (p. ex. échelle mobile). L'approche choisie dépendra du contexte; qui met en œuvre une politique ou intervention, et à quel niveau (national, régional, local).

Mesures ciblées

À l'autre extrémité du continuum, les mesures ciblées se concentrent sur des groupes de population en particulier. Elles peuvent tenir compte de l'équité si elles sont adaptées aux groupes défavorisés. Les mesures ciblées peuvent avoir un effet correcteur sur la santé lorsqu'elles surviennent à un moment critique dans une vie, comme un programme de visites à domicile en santé publique qui oriente des ressources vers les familles vulnérables pour une période prolongée afin de réduire leurs besoins en matière de soins de courte durée.⁴ Les interventions ciblées doivent également tenir compte du contexte élargi dans lequel elles sont appliquées afin de réduire la stigmatisation associée à une situation désavantageuse.

Ces considérations attirent l'attention sur le potentiel d'élargir, par inadvertance, les écarts de santé de la population si les éléments liés à l'équité ne sont pas pris en compte.

² P. Bader, D. Boisclair et R. Ferrence (2011), Effects of Tobacco Taxation and Pricing on Smoking Behaviour in High Risk Populations: A Knowledge Synthesis, *Int J Environ Res Public Health*, 8(11); 4188-4139. doi:10.3390/ijerph8114118

³ <http://www.cdc.gov/fluoridation/basics/index.htm>

⁴ Enfants en santé Manitoba (2010), Évaluation du programme Les familles d'abord, évaluation de l'efficacité du programme de visites à domicile Les familles d'abord dans l'amélioration du bien-être de familles à risque ayant des enfants d'âge préscolaire. Extrait de : http://www.gov.mb.ca/healthychild/familiesfirst/ff_eval2010.pdf

Facteurs modérateurs

Pendant les dernières étapes (conception) de planification des interventions, il est important de considérer les facteurs contextuels qui peuvent influencer sur l'efficacité de la mise en œuvre (facteurs modérateurs). Un large éventail de données contextuelles pertinentes sur les personnes, les milieux et les circonstances doit être pris en compte lors de l'évaluation des interventions, particulièrement si l'applicabilité générale des résultats du programme et de la pratique nous intéresse.⁵ De même, une large gamme de modèles d'étude, comme les expériences de politique naturelle, devrait être incluse dans les examens systématiques de l'équité en santé, compte tenu de leur potentiel pour expliquer les interventions complexes.⁶ L'examen de données sur l'efficacité des interventions peut améliorer notre capacité à reproduire ces avantages et à mieux comprendre l'incidence des interventions sur l'équité en santé et, en fin de compte, influencer sur elles.

CONCLUSION

Un document d'orientation de l'Organisation mondiale de la Santé sur les inégalités en matière de surpoids et d'obésité commence avec une mise en garde : il faut faire en sorte que les choix politiques ne rendent les inégalités plus profondes.⁷ Il est à espérer que cet outil permettra aux praticiens de dépasser cette attente minimale et de contribuer à faire progresser l'équité en santé grâce à un large éventail d'interventions en matière de politiques et de programmes.

⁵ L.E. Green & R.E. Glasgow (2006), Evaluating the relevance and applicability of research: issues in external validation and translation methodology, *Evaluation & the Health Professions* 29(1):126-153. doi: 10.1177/0163278705284445

⁶ V.A. Welch, M. Petticrew, J. O'Neill, E. Waters, R. Armstrong et al (2013), Health equity: evidence synthesis and knowledge translation methods, *Systematic Reviews* 2(43). doi: [10.1186/2046-4053-2-43](https://doi.org/10.1186/2046-4053-2-43)

⁷ B. Loring & A. Robertson (2014), Obesity and Inequalities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity, World Health Organization, p 8. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/obesity-and-inequities.-guidance-for-addressing-inequities-in-overweight-and-obesity-2014>

ANNEXE – CRITÈRES DE SÉLECTION POUR LES ÉTUDES D'INTERVENTIONS QUI FAVORISENT L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

La revue de la littérature menée par le projet, les commentaires des examinateurs externes et le personnel de l'Agence, ainsi que l'information sur les pratiques exemplaires et les pratiques prometteuses ont contribué à l'établissement des critères de sélection actuels. Le but des critères de sélection est de cibler les études pertinentes parmi un ensemble de résultats de recherche, c'est-à-dire, les études sur les interventions qui influent sur les principaux déterminants sociaux de la santé afin de promouvoir l'équité en santé. Ce n'est que si une étude répond à tous les critères de sélection que les critères concernant les pratiques exemplaires d'inclusion sont appliqués et, le cas échéant, les critères de pratiques prometteuses, puis enfin, une évaluation de la qualité des données probantes. Les critères de sélection sont génériques et destinés à être adaptables à différents sujets liés à la santé publique.

La sélection porte sur les caractéristiques suivantes :

- Période
- Géographie
- Langue
- Type de document
- Intervention
- Population
- Évaluation
- Résultat

Critères de sélection pour les études d'interventions qui favorisent l'équité en santé (exemple de poids santé)

Les critères génériques s'appliquent à la majorité des interventions en santé publique. Les exemples spécifiques à ce projet (p. ex. poids santé) sont décrits en *italiques*.

1.0 CRITÈRES D'INCLUSION PAR CARACTÉRISTIQUE

1.1 Période : De l'an 2000 à nos jours (sélection durant la recherche)

1.2 Géographie : International

1.3 Langue : anglais

1.4 Type de document : Doit être la source primaire qui rend compte des résultats d'une étude ou évaluation. Peut être de la littérature publiée ou de la littérature grise.

1.5 Sujets d'intérêt en santé publique (en fonction du projet) : Le sujet doit mentionner explicitement la santé publique d'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- Dans le titre ou le résumé du document
- Dans un objectif ou but d'intervention
- Dans une stratégie ou activité d'intervention
- Comme indicateur mesuré ou résultat
- Comme résultat en aval (même s'il n'a pas encore été mesuré)

1.6 Intervention : Doit inclure une intervention qui :

- Influe sur un ou plusieurs déterminants de la santé au niveau organisationnel, institutionnel, communautaire ou démographique afin de

promouvoir l'équité en santé pour le sujet d'intérêt ayant trait à la santé publique (p. ex. promouvoir le poids santé); ou

- Peut ne pas viser explicitement la promotion de l'équité en santé dans ses buts, objectifs ou stratégies, mais les résultats rapportés distinguent explicitement les effets sur l'équité en santé relativement au sujet d'intérêt en santé publique.

Remarque : L'outil d'évaluation simplifié du Portail canadien des pratiques exemplaires servira à juger la qualité de l'évaluation (p. ex. taille de l'échantillon, conception de l'évaluation).

1.7 Population : Doit inclure des données sur :

- Les personnes vivant dans des conditions désavantageuses (sur le plan social, économique ou géographique), selon les auteurs de l'étude; ou
- Peut également inclure des personnes qui sont considérées comme étant plus favorisées (car les résultats peuvent être déclarés sur tout le gradient).

ET/OU

- Milieux intermédiaires dans lesquels les gens vivent, apprennent, travaillent, jouent.

1.8 Évaluation : Doit inclure une évaluation sur les **effets** d'une intervention (applicable aux pratiques exemplaires et aux pratiques prometteuses) :

- Atteinte des buts ou des objectifs de l'intervention;
- Effet sur les taux de morbidité ou de mortalité, le bien-être ou la qualité de vie des gens.

Remarque : L'outil d'évaluation simplifié du Portail canadien des pratiques exemplaires servira à juger la qualité de l'évaluation (p. ex. taille de l'échantillon, conception de l'évaluation).

1.9 Résultat : Doit rendre compte de résultats positifs pour l'un des éléments suivants :

Personnes – les résultats doivent être spécifiques aux personnes vivant dans des conditions désavantageuses (peuvent ou ne peuvent pas être comparées à des personnes vivant dans des conditions plus favorables) :

- Morbidité, mortalité ou autres indicateurs liés au sujet de la santé publique
- Comportements

Milieus intermédiaires – disponibilité, accessibilité ou abordabilité des biens et des services favorisant la santé

Remarque : Les interventions qui influent sur les déterminants font appel à des stratégies structurelles et environnementales qui influencent les comportements, la morbidité ou la mortalité, plutôt que d'utiliser exclusivement des stratégies de la vie courante pour changer les connaissances, les compétences, les perceptions et les comportements.

2.0 INDICATEURS DE PRATIQUE, PAR CARACTÉRISTIQUE

2.1 Intervention

Niveaux d'intervention :

- axé sur la structure (p. ex. fiscalité, réglementation, politique sociale, politique économique, droits/ obligations politiques)
- axé sur le milieu (p. ex. modifications des milieux physiques ou alimentaires) – *exemple de poids santé*
- axé sur le comportement (p. ex. saine alimentation)

Mesures intersectorielles :

- Le secteur de la santé publique collabore avec d'autres secteurs hors du domaine de la santé
- Plusieurs secteurs (hors du domaine de la santé) travaillent en collaboration

Tient compte de la culture ou du contexte :

- Utilisation d'une langue, d'un contenu et de communications qui tiennent compte du genre et des différentes cultures
- Comprend la gouvernance informelle et officielle
- Facteurs dans les contextes politiques et locaux

Les personnes en situation défavorisée

Déterminants sociaux spécifiques au projet (*poids santé*) :

- *Éducation*
- *Revenus*
- *Inclusion sociale*
- *Milieu bâti*

Approches pour promouvoir l'équité en santé :

- **Approches universelles :** S'appliquent à tous de la même manière, mais profitent davantage aux uns ou aux autres
- **Approches universelles proportionnées :** S'appliquent à tous, avec des prestations plus élevées proportionnellement à l'ampleur du désavantage
- **Approches universelles à volet ciblé :** S'appliquent à tous, avec des avantages supplémentaires ciblant les personnes défavorisées
- **Approches ciblées :** S'appliquent ou bénéficient directement aux personnes défavorisées seulement

2.2 Population**Facteurs de stratification sociale de base :**

- Sexe et genre
- Géographie
- Âge
- Identité

Exemples de facteurs de stratification sociale :

- Revenus
- Emploi
- Logement
- Éducation
- Expérience de discrimination

Les auteurs des études peuvent appliquer explicitement le cadre PROGRESS-Plus pour cerner les conditions désavantageuses, ou ils peuvent inclure une ou plusieurs catégories du cadre PROGRESS-Plus sans en faire aucune mention explicite.

Les données sur les environnements peuvent avoir trait aux éléments suivants (axé sur l'exemple de poids santé) :

- *Conception ou planification communautaire*
- *Installations de loisirs accessibles au public dans un quartier*
- *Infrastructure de transport actif ou en commun*
- *Environnements alimentaires*

2.3 Évaluation**Exemples de modèles d'évaluation :**

- Essais contrôlés randomisés (devraient être rares pour les interventions d'équité en santé)
- Modèles quasi expérimentaux (études contrôlées sans répartition aléatoire)
- Études d'observation analytique des effets d'une intervention, p. ex. étude avant et après une intervention (p. ex. une politique) qui a été conçue et mise en œuvre par quelqu'un d'autre que les auteurs d'un rapport, d'une étude de cohorte dans laquelle l'« exposition » est une intervention

2.4 Résultat**Exemples de résultats ou effets positifs sur les déterminants (exemple de poids santé) :**

- *Plus grande disponibilité des biens et des services favorisant la santé* (p. ex. augmentation de la production et la distribution d'aliments sains à l'échelle locale)

- Amélioration de l'accessibilité et de l'abordabilité des produits et des services disponibles qui sont favorables à la santé (coût, emplacement, conception physique, horaires, atmosphère de service, acceptabilité) (p. ex. augmentation de l'accessibilité des installations publiques pour une activité physique)
- Réduction de l'exposition aux facteurs nocifs pour la santé (p. ex. moindre exposition de piétons ou de cyclistes à la circulation à grande vitesse)
- Exposition accrue à des facteurs bénéfiques pour la santé (p. ex. changements apportés au milieu bâti pour favoriser l'allaitement maternel)

Exemples de résultats ou d'effets positifs sur les personnes vivant dans des conditions désavantageuses (exemple de poids santé) :

- Amélioration des connaissances sur la santé de personnes vivant dans des conditions désavantageuses (p. ex. amélioration des aptitudes des personnes à faible revenu à préparer des aliments)
- Plus nette amélioration des comportements en matière de santé chez des personnes vivant dans des conditions désavantageuses, que chez des personnes considérées comme plus favorisées (p. ex. des personnes qui vivent dans des quartiers pauvres et qui sont plus favorisées signalent qu'elles sont plus actives physiquement, mais l'augmentation est plus forte dans les quartiers pauvres que dans les quartiers plus favorisés)

- Diminution de la morbidité au sein d'une population à l'échelle du gradient selon le revenu, le niveau d'éducation, etc. (p. ex. diminution de la prévalence de l'obésité ou de la surcharge pondérale dans un gradient de revenu)

Les résultats sont décrits à l'aide de facteurs de stratification de base et/ou d'autres facteurs pertinents.

3.0 LIEN AVEC LE DIAGRAMME, PAR INDICATEUR DE PRATIQUE DE L'INTERVENTION

INDICATEUR DE PRATIQUE DE L'INTERVENTION	LIEN AVEC LE DIAGRAMME
Niveau d'intervention	Objectifs en matière d'équité
Les personnes en situation défavorisée	Déterminants sociaux/ Facteurs médiateurs
Mesures intersectorielles	Stratégies de mobilisation
Tient compte de la culture ou du contexte	Stratégies de mobilisation
Approches pour promouvoir l'équité en santé	Ciblage de l'équité

RÉFÉRENCES

- (1) Bambra, C.L., Hillier, F.C., Moore, H.J., Cairns-Nagi, J.M. et C.D. Summerbell (2013). Tackling inequalities in obesity: A protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among adults. *Systematic Reviews*, 2(27). doi: 10.1186/2046-4053-2-27.
- (2) Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y. et J.M. Martinez (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*, 67, 286-291. doi: 10.1136/jech-2011-200363.
- (3) Black, J.L. et J. Macinko (2008). Neighborhoods and obesity. *Nutrition Reviews*, 66(1), 2-20. doi: 10.1111/j.1753-4887.2007.00001.x.
- (4) Braveman, P. et S. Gruskin (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): 254-258.
- (5) Brownson, R.C., Haire-Joshu, D. et D.A. Luke (2006). Shaping the context of health: A review of experimental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. *Annual Review of Public Health*, 27: 341-370. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102137.
- (6) Association canadienne de santé publique (2014). Health & Health Equity Beyond Health Care – Challenges and Opportunities. Extrait de <http://www.cpha.ca/en/programs/social-determinants/frontlinehealth/opps.aspx>
- (7) Commission des Déterminants Sociaux de la Santé (2008). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. morbidité : au moins trois indicateurs de morbidité nationale pertinents, qui varieront selon les contextes des pays et qui pourraient inclure la prévalence de l'obésité, du diabète, de la Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- (8) Cooper, L.A., Hill, M.N. et N.R. Powe (2002). Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 17(6): 477-486. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10633.x.
- (9) Downs, S.M., Thurlow, A.M. et S.R. Leeder (2013). The effectiveness of policies for reducing dietary trans fat: a systematic review of the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*; 91: 262-269. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.111468>
- (10) Friel, S., Chopra, M. et D. Satcher (2007). Unequal weight: Equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 335: 1241. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39377.622882.47>
- (11) Gepekens et Gunning-Schepers (1996). Interventions to reduce socioeconomic health differences: A review of the international literature. *The European Journal of Public Health*, 218-226. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/6.3.218>
- (12) Green, L.E. et R.E. Glasgow (2006). Evaluating the Relevance and Applicability of Research: Issues in External Validation and Translation Methodology. *Eval Health Prof* 29(1): 126-153.
- (13) Howard, A. et J. Edge. Enough for all: Household food security in Canada. Conference Board du Canada, 2013. Tiré de <http://www.conferenceboard.ca/cfic/research/2013/enoughforall.aspx>
- (14) Huang, T.T., Drewnoski, A., Kumanyika, S. et T.A. Glass (2009). A systems-oriented multilevel framework for addressing obesity in the 21st century. *Preventing Chronic Disease*. 6(3): A82.
- (15) Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V. et P. Tugwell (2012). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*, 67: 190-193. doi: 10.1136/jech-2012-201257.
- (16) Northridge, M.E., Sclar, E.D. et P. Biswas (2003). Sorting out the connections between the built environment and health: A conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health*, 80(4): 556-68.
- (17) Northridge, M.E. et L. Freeman. (2011). Urban planning and health equity. *Journal of Urban Health*, 88(3): 582-97. doi: 10.1007/s11524-011-9558-5.

- (18) Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, et coll. (2007). Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action. *PLoS Med* 4(10): e308. doi: 10.1371/journal.pmed.0040308.
- (19) Pedersen, S., Barr, V. Worman, J. et I. Rootman (2007). Evidence review: Equity lens. (préparé pour Population Health and Wellness, BC Ministry of Health).
- (20) Sacks, G., Swinburn, B. et M. Lawrence (2009). Obesity policy action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obesity Reviews*. 10(1): 76-86. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00524.x.
- (21) Sallis, J.F., Cervero, R.B., Ascher, W. Henderson, K.A. et J. Kerr (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*. 27: 297-322.
- (22) Solar et Irwin (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health discussion paper 2. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- (23) Swinburn, B. Egger, G. et Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(6 Pt 1): 563-70.
- (24) Swinburn, B. et G. Egger (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3(4): 289-301.
- (25) Wang, Y., Wu, Y., Wilson, R.F., Bleich, S. et L. Cheskin (2013). Childhood obesity prevention programs: Comparative effectiveness review and meta-analysis. (Prepared for Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services).
- (26) Wells, N.M., Ashdown, S.P., Davies, E.H.S., Cowett, F.D. et Y. Yang (2007). Environment, design, and obesity: Opportunities for interdisciplinary collaborative research. *Environment & Behavior*, 39(1): 6-33. doi: 10.1177/0013916506295570.
- (27) Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, 22(3): 429-45.
- (28) Whitehead, M. et G. Dahlgren, *Levelling up* (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen, bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2003.
- (29) Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*, 61(6): 473-478. doi: 10.1136/jech.2005.037242.
- (30) Willows, N.D., Hanley, A.J. et T. Delormier (2012). A socioecological framework to understand weight-related issues in Aboriginal children in Canada. *Appl Physiol Nutr Metab*. 37(1): 1-13. doi: 10.1139/h11-128.
- (31) Wilson, G., Guindon, G.E., Baskerville, N.B. et F.-P. Gavin. Synthèse portant sur les données probantes : Promotion du poids santé par des interventions menées dans la population au Canada. Hamilton, Canada : Forum sur la santé de l'Université McMaster, 17 septembre 2012.
- (32) Yousefian, A., Ziller, E., Swartz, J. et D. Hartley (2009). Active living for rural youth: Addressing physical inactivity in rural communities. *J Public Health Manag Pract*, 15(3): 223-31. doi: 10.1097/PHH.0b013e3181a11822.